

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1903

THÈSE

N°

53

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 26 novembre 1903, à 1 heure

PAR

Paul MASSON

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS MALIGNES

DU

PAVILLON DE L'OREILLE

Président : M. BERGER, professeur

*Juges : MM. LE DENTU, professeur
HARTMANN et FAURE, agrégés*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, rue Racine, 15

1903

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	P. POIRIER
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....	BERGER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	GILBERT.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL
Pathologie expérimentale et comparée.....	DEJERINE.
	CHANTEMESSE.
	HAYEM.
Clinique médicale.....	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
Maladie des enfants.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.....	RAYMOND
	TERRIER.
Clinique chirurgicale.....	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.....	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	BUDIN.
Clinique gynécologique.....	PINARD.
Clinique chirurgicale infantile.....	POZZI.
	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	TOURETTE	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.).	GOUGET	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY	WALTHER
CUNEO	JEANSELME	RENON	WIDAL
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chef.	
DUPRE	LEGREY	des travaux anat.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES TUMEURS MALIGNES
DU PAVILLON DE L'OREILLE

AVANT-PROPOS

Les maîtres qui nous ont initié à la pratique médicale ont droit à notre plus profonde reconnaissance et c'est d'un cœur sincère que nous les remercions de leur bienveillant enseignement.

M. le docteur FERNET a été notre premier maître ; nous lui devons beaucoup et durant toute notre carrière, il nous sera utile de nous souvenir de ses éminents conseils. Nous regretterons le temps trop court passé auprès de ce distingué clinicien si dévoué pour ses malades, si bon pour ses élèves.

M. le docteur TUFFIER, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé, sut nous rendre facile et attrayante la fréquentation assidue de son service hospitalier ; nous lui adressons nos remerciements les plus cordiaux.

La pratique obstétricale nous a été enseignée à l'hôpital Lariboisière par M. le docteur Bonnaire, professeur agrégé. Nous avons retiré un fruit précieux de son enseignement et le souvenir de ses brillantes leçons restera toujours gravé dans notre mémoire.

Nous avons été également stagiaire dans le service si actif du Professeur LANNELONGUE à l'hôpital des Enfants-Malades.

Messieurs COMBY, DU CASTEL, LACOMBE, BENJAMIN ANGER qui nous ont fait un si bienveillant accueil dans leurs services voudront bien croire à notre respectueuse gratitude.

M. le docteur THOYER-ROZAT fut toujours pour nous un conseiller dévoué et nous le remercions vivement de ses utiles conseils.

Nous prions M. le Professeur BERGER, qui nous fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, de croire à notre plus vive reconnaissance.

INTRODUCTION

Ayant eu la bonne fortune d'observer à la consultation de chirurgie de l'Hôtel-Dieu, un cas d'épithélioma du pavillon de l'oreille, nous avons pensé, sur les conseils du Dr Dartigues, assistant de la consultation, faire œuvre intéressante en étudiant dans notre thèse inaugurale la pathologie des tumeurs malignes affectant cette partie de notre organe acoustique.

Malheureusement, le malade que nous avons vu sommairement une première fois a semblé vouloir justifier l'opinion ancienne qui affirmait la rareté de ces tumeurs, car après nous avoir promis de revenir au bout de quelques jours, il est parti, allant arborer ailleurs ce pavillon pathologique si envié et nous n'avons plus eu de ses nouvelles.

Toutefois cet exemple n'a été qu'un prétexte pour nous de réunir les documents relatifs à ces tumeurs malignes et d'en faire une étude synthétique.

Depuis la thèse de Lafargue en 1879, celle de Treillet en 1882 et quelques articles épars dans les revues

de laryngologie, aucun travail d'ensemble n'a paru à ce sujet.

Aussi nous proposons-nous d'esquisser à grands traits ce que d'autres plus érudits et plus compétents viendront compléter dans la suite.

Notre étude comprendra 8 chapitres :

I. — HISTORIQUE.

II. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

III. — ETIOLOGIE, PATHOGÉNIE.

IV. — SYMPTOMATOLOGIE.

V. — DIAGNOSTIC.

VI. — MARCHE, DURÉE, TERMINAISON.

VII. — PRONOSTIC.

VIII. — TRAITEMENT.

Nous terminerons par le rapport d'un certain nombre d'observations recueillies dans les différents auteurs.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

La première observation connue de cancer de l'oreille remonte à 1804 et est due à Fischer.

Il s'agissait d'un jeune paysan, qui depuis l'âge de 8 ans souffrait de « démangeaisons produites par une teigne qui s'était étendue à l'oreille droite ». A 20 ans le mal avait acquis un développement tel que tout le pavillon de l'oreille était changé en une masse tuberculeuse et informe. Nous citons du reste l'observation à la fin de ce travail. Elle fut rapportée seulement en 1848 par Kramer, dans son *Traité des maladies de l'oreille* (traduction française, par Ménière).

La première publication à ce sujet fut faite en 1833 par le *Trans of medic. and phys. soc. of Calcutta* et en mai 1834 par le *The American Journal*.

Ces observations furent reproduites la même année dans les *Archives générales de médecine* 2^e série tome VI), et avaient été relatées dans la réunion du 2 mars 1833 à la Société de Calcutta par Campbell.

Riedel ne consacre que quelques lignes au cancer.

Hubert-Valleraux cite Fischer et constate la tendance de la tumeur à envahir de proche en proche. Il n'apporte pas d'observations personnelles.

Nous citons pour mémoire :

ITARD. — (*Traité des maladies de l'oreille et de l'audition*, 1842).

KRAMER. — (*Diagnostic et traitement des maladies de l'oreille*, 2^e édition, Berlin, 1849).

TOYNBEE. — (*Recherches physiologiques sur les maladies de l'oreille*. Londres, 1850).

TRIQUET. — (*Traité pratique des maladies de l'oreille*, Paris, 1853).

Ces auteurs ne disent rien des tumeurs malignes du pavillon de l'oreille. Il faut arriver jusqu'en 1859 où une ère d'études commence à poindre.

Sedillot dans le *Compte rendu de l'Académie des Sciences* du 25 juillet 1859 publie en effet une note sur le « traitement des cancers épithéliaux ou cancroïdes par l'application du cautère actuel ».

Cinq ans plus tard, Velpeau cite dans la *Gazette des Hôpitaux* une observation de tumeur cancéreuse du pavillon de l'oreille pour laquelle il fait certaines réserves. Nous y reviendrons.

En 1869 dans la *Gazette des Hôpitaux*, observa-

tion de Demarquay sur un cancroïde du pavillon de l'oreille.

La même année Bouisson fait paraître dans *Montpellier médical* un article intitulé : *De l'Amputation du pavillon de l'oreille*. Il constate la pénurie des traités particuliers qui veulent être complets sur la chirurgie de l'oreille et mentionne à ce sujet comme premiers documents, ceux de Tröltzsch dans le *Traité pratique des maladies de l'oreille*, et de Triquet déjà cité. Cette affection, dit-il, est moins rare que ne le ferait supposer la pénurie de descriptions qui la constate ; nous l'avons observée bon nombre de fois, tantôt comme le résultat de propagation morbide de lésion de cette nature développée dans les environs de l'oreille, notamment dans la région parotidienne, tantôt et c'est le point qui nous intéresse, comme provenance directe ayant débuté et s'étant fixée dans la région même de ce pavillon.

BONNEFONT. — *Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille et des organes de l'audition* (édition 1873, page 113), insiste surtout sur les cancroïdes qui semblent avoir la priorité sur les autres tumeurs.

Les recherches statistiques de la thèse de Treillet. Paris, 1882, sur la fréquence de ces tumeurs semblent en rendre le nombre très restreint.

HARRISON. — *Archives générales de médecine* 4^e série, t. XI, 1846, n'en a pas observé sur 190 cas de maladies de l'oreille.

KRAMER. — *Archives générales de médecine*

4^e série, t. XV, 1847 sur 2.000 cas de maladies de l'oreille a trouvé 5 cas de tumeurs du pavillon.

WILDE. — *Archives générales de médecine* 4^e série, t. XVI, 1848, sur 708 cas observés n'a pas vu un seul cas de cancer.

VERNING. — *Aphorismes sur les maladies de l'oreille*. Vienne, 1834. Rien.

LINCKE. — *Recueil de mémoires et d'observations sur les maladies de l'oreille*. Leipzig 1836. Rien.

DUPLAY. — Dans son *traité de pathologie externe*. Paris, 1875, résume à l'opinion du moment en disant : « le cancer du pavillon de l'oreille paraît assez rare si l'on s'en rapporte au silence gardé par les auteurs ».

JOHN-ROOSA. — *Traité pratique des maladies de l'oreille*, publié à New-York en 1876, cite un cas d'épithélioma de l'oreille dans lequel le pavillon avait été détruit, le conduit auditif externe envahi.

Les caustiques avaient été impuissants a arrêter le mal et le patient était mort.

En 1879, la thèse de LAFARGUE sur *les tumeurs malignes du pavillon de l'oreille*, apporte 2 cas nouveaux d'épithélioma.

Trois ans après, TREILLET, *De l'épithélioma du pavillon de l'oreille*, réunit 11 observations nouvelles, 1882.

Depuis, chaque année les travaux se multiplient et comme on pourra s'en convaincre en consultant notre index bibliographique, il semble que l'attention des chirurgiens ait été attirée sur ce point.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les tumeurs malignes que l'on observe au pavillon de l'oreille se manifestent sous les 3 formes :

d'épithélioma ;

de carcinome ;

de sarcome.

Les deux premières sont des tumeurs à « parenté étroite », toutes deux d'origine épithéliale. La troisième est une variété de tumeur mixte développée aux dépens du tissu conjonctif.

L'épithélioma est la forme la plus commune du cancer de l'oreille. Voyons successivement pour chacune de ces tumeurs quelques points principaux de leur anatomie pathologique.

I. — EPITHÉLIOMA

Les épithélioma sont constitués par des éléments anatomiques analogues à ceux de l'épithélium normal.

On observe au pavillon de l'oreille les deux formes d'épithélioma : pavimenteux et cylindrique.

A. L'épithélioma pavimenteux offre ici deux variétés : le lobulé et le tubulé.

L'épithélioma pavimenteux lobulé, auquel on peut spécialement réserver le nom de canéroïde se présente comme une tumeur maligne siégeant dans le derme. Le tissu en est friable, granuleux, ne donnant pas de suc laiteux au raclage. Il se compose de stroma et de lobules. Le stroma envoie dans l'intérieur de la tumeur des cloisons de tissu fibreux parcourues par les capillaires et les lymphatiques qui ne pénètrent pas dans le lobule. Les cloisons séparent les lobules.

Ces derniers « se composent de cellules qui reproduisent de la périphérie au centre l'évolution des cellules du corps muqueux de Malpighi (1).

En effet à la périphérie on trouve des cellules cylindriques, à la partie moyenne des cellules rondes et au centre des cellules aplaties et cornées qui

1. *Traité de Chirurgie*. Duplay et Reclus.

forment les globes épidermiques. Ce sont des cellules imbriquées en couches concentriques.

Quelquefois certaines cellules deviennent colloïdes au centre du lobule.

B. L'épithélioma pavimenteux tubulé ou cylindroma (Billroth) encore appelé polyadénome (Broca) est composé d'une série de tubes anastomosés entre eux et bourrés de cellules épithéliales disposées au milieu d'un stroma fibreux ou masse de mucine renfermant des éléments embryonnaires (1).

II. L'épithélioma cylindrique a été signalé par Kip (2). « Il est constitué par des tubes tapissés par une seule couche de cellules cylindriques et disposés au milieu d'un stroma fibreux ou embryonnaire sillonné de nombreux vaisseaux » (3).

SARCOME.

La seconde forme de tumeur maligne observée au pavillon de l'oreille est, dans l'ordre de fréquence, le sarcome.

C'est d'après Cornil et Ranvier une tumeur constituée par du tissu embryonnaire pur ou subissant une des premières manifestations qu'il présente

1. Miot et Baratoux. *Trait. théor. et prat. des maladies des oreilles*. Paris, 1884.

2. Kip. *Epithelioma of the auricle*, 1885.

3. Miot et Baratoux, *loc. cit.*

pour devenir un tissu adulte : on en décrit 4 variétés principales :

- 1° *des sarcomes à cellules rondes ;*
- 2° *des sarcomes à cellules fusiformes ;*
- 3° *des sarcomes à myélopaxes ;*
- 4° *des sarcomes chargés d'un pigment spécial ou mélaniques.*

A l'oreille on n'observe que les deux premières variétés.

A. Le sarcome à cellules rondes ou encéphaloïde, comparé par Rindfleisch à la laitance du saumon et par Lancereaux à de la chair de lapin « présente à la coupe une surface lisse, rougeâtre ne donnant par le raclage qu'une très petite quantité de suc clair et pauvre en éléments figurés (1).

Il est composé d'une grande quantité de cellules rondes à protoplasma peu abondant et à noyaux relativement nombreux.

La substance intercellulaire est molle et a l'aspect de la gélatine ou de l'albumine. Elle est en faible quantité. On y trouve des vaisseaux ayant la structure des capillaires (Miot et Baratoux).

B. Le sarcome fasciculé est constitué par des cellules fusiformes, c'est-à-dire effilées à leurs extrémités.

Les cellules sont disposées en faisceaux. Ces faisceaux sont eux-mêmes formés par la juxtaposition

1. *Traité de chirurgie.* Duplay et Reclus.

de cellules rangées concentriquement autour de petites masses centrales.

Celles-ci résultent de la fusion de corps étoilés ou de cellules embryonnaires avec des amas plus ou moins gros de protaplasma. La substance interstitielle est développée ; elle forme un stroma circonscrivant des alvéoles où sont disposés les faisceaux dont nous venons de parler.

CARCINOME

Le carcinome est une tumeur dans laquelle des cellules épithéliales sont en voie d'accroissement.

On a dit que c'était le carcinome épithélial que l'on observait plus particulièrement à l'oreille. C'est ainsi que dans l'observation de Vaynor que nous relatons plus loin, le Dr Budai qui a fait l'examen microscopique de la tumeur déclare un carcinome épithélial. En somme le carcinome en lui-même n'est qu'une variété d'épithélioma diffus.

Par conséquent tous les carcinomes ne sont pas à proprement parler une espèce à part dans la famille des épithélioma, mais plutôt un mode de terminaison possible ou tout au moins une manière d'être de la plupart des épithélioma (1).

Le carcinome se présente sous deux formes principales.

1 Quénu. *Traité de chirurgie*.

A. La forme encéphaloïde qui correspond à une tumeur volumineuse, arrondie, bosselée, vasculaire. A la coupe on trouve un tissulactescent, analogue à du tissu encéphalique et sur lequel on peut recueillir un suc blanc laiteux.

B. La forme squirrheuse a l'aspect d'un tissu très dur, gris, transparent, criant à la coupe.

Au point de vue macroscopique, ce qui caractérise le carcinome « c'est l'absence d'une capsule conjonctive et la pénétration intime du tissu de l'organe par le tissu pathologique sous forme de prolongements multiples dont l'étendue ne peut être appréciée qu'au microscope (1).

A l'examen microscopique on trouve de grosses cellules fusiformes, effilées, à noyaux en voie de prolifération excessive et un stroma très abondant sous forme de travées conjonctives. Dans ces travées sont renfermés les vaisseaux, et entre les travées sont renfermées les cellules.

1. *Traité de chirurgie*. Duplay-Reclus.

CHAPITRE III

ETIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

A part quelques points spéciaux que nous signalerons au passage, les affinités étiologiques sont les mêmes pour les tumeurs conjonctives et les tumeurs épithéliales.

Plusieurs influences favorisent le développement de ces tumeurs : les unes sont générales, les autres locales.

Les influences générales sont relatives à l'âge, au sexe, à la constitution, à la race.

a) *Age*. — L'épithélioma peut se développer à tout âge, mais il devient surtout fréquent à partir de 45 ans, ainsi que le carcinome. A ce moment en effet l'épiderme est plus sec à mesure qu'on avance en âge, et devient plus épais. Quant au sarcome on l'observe à tout âge, même chez des enfants.

Sa fréquence ne croît pas avec l'âge, comme l'épithélioma, mais atteint son maximum vers 30 ans pour presque s'éteindre à partir de 65.

b) *Sexe*. — Le sexe paraît influencer sur le développement des tumeurs du pavillon. Il semblerait qu'à *priori* les femmes soient plus prédisposées que les hommes : elles ont en effet les oreilles chargées d'ornements qui dans certains pays atteignent des dimensions considérables, partant, il peut se former aux alentours des orifices artificiels créés sur leur lobule des poussées d'eczéma pouvant être le point de départ d'un épithélioma.

c) *Hérédité et constitution*. — La majorité des anatomo-pathologistes admettent l'hérédité. Sans vouloir entrer ici dans les nombreuses statistiques dressées à ce sujet, qu'il nous suffise de dire qu'un individu appartenant à une famille entachée de cancer a certainement plus de chances qu'un autre de devenir cancéreux. Maintenant qu'est-ce qui est transmis par l'hérédité ?

Est-ce un germe spécifique ?

Est-ce une prédisposition ?

En attendant, on peut sans se compromettre admettre la prédisposition. Certains comme Bazin ont même fait intervenir les diathèses : c'est ainsi que chez des personnes ayant présenté à plusieurs reprises des éruptions dartreuses, il a fait du cancer une manifestation tardive de la dartre. Pour Hardy, au contraire, ces éruptions dartreuses seraient une **prédisposition au cancer**.

En somme la prédisposition aux néoplasmes peut fort bien résulter de conditions multiples parmi lesquelles il faut citer celles qui enrayent plus ou moins

la nutrition des tissus. L'arthritisme est un de ces processus.

Causes générales diverses. — Parmi celles-ci on cite les influences capables de déprimer le système nerveux telles que les émotions, les chagrins etc...; l'influence du régime et de l'alimentation, et de là, une prédisposition chez les gens soumis à un régime trop animalisé; l'influence de la race, du climat. Ici nous pouvons placer l'opinion de Campbell; il prétendait qu'un grand nombre des habitants de la vallée du Népal (1) étaient sujets à des tumeurs développées sur un des points du pavillon. On les rencontrait surtout chez des sujets atteints de goître, maladie commune dans ce pays.

Causes locales. — Toute irritation prolongée d'un revêtement épithélial favorise la tendance de celui-ci à devenir le point de départ d'un épithélioma (2).

Partant de ce principe nous passerons en revue successivement l'influence des maladies de peau, des lésions d'ordre inflammatoire, l'influence des cicatrices.

Dans le premier cas l'épithélioma peut se développer sur un papillome, une verrue, une plaque de psoriasis ou d'eczéma; au niveau de nævi pigmentaires, sur les ulcérations.

Viennent ensuite les points soumis à des irritations fréquentes; cependant le pavillon de l'oreille

1. Royaume d'Asie au Nord de l'Hindoustan.

2. *Traité de Chirurgie.*

n'est pas pressé par un contact continu. Mais il arrive que l'inflammation se produit à la suite de démangeaisons incessantes dues à une plaque eczémateuse ; dès lors l'irritation est déterminée par les ongles du malade.

Hankins a signalé les dégénérescences épithéliales des cicatrices. Les cicatrices de lupus en particulier offrant un terrain favorable au développement de l'épithélioma. Ce fait n'est pas rare à l'hôpital St-Louis. L'observation du Dr Morestin relatée dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie de 1901* en est un exemple.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

En étudiant la symptomatologie de ces tumeurs malignes du pavillon de l'oreille nous avons été frappé par deux choses :

La tumeur au début,

L'ulcération caractéristique.

Il semble que dans chaque variété ces deux symptômes aient des allures peu franches qui permettent de les confondre. *A priori* c'est l'impression que l'on a en jetant les yeux sur la plupart des traités généraux ou spéciaux dans lesquels la confusion domine sans donner à chaque symptôme sa valeur propre.

Aidé de nos nombreuses lectures et de quelques notions générales, nous allons nous efforcer de démêler chaque signe en particulier en l'appliquant à la variété qui lui convient.

Nous diviserons la symptomatologie en deux grandes périodes. La 1^{re}, période de début, avant l'ulcération. La 2^e, l'ulcère déterminé.

Dans chacune d'elle nous examinerons les symptômes propres aux tumeurs qui nous intéressent.

1^o Période de début avant l'ulcération.

A. EPITHELIOMA.

α). *Symptômes objectifs.*

La tumeur est en général sous forme d'un petit bouton ou d'une petite verrue qui siège sur le bord supérieur de l'hélix ; cette petite verrue peut rester longtemps stationnaire ou arriver à faire saillie dans le tissu cellulaire sous-cutané.

β). *Symptômes subjectifs.*

Ils n'attirent pas l'attention du malade qui éprouve simplement une gêne, une sensation de chaleur.

En somme tout est sous la dépendance des maladies de la peau quand il siège aux alentours ou au niveau de la tumeur une petite plaque d'eczéma de psoriasis ou d'impetigo.

γ) *Symptômes généraux.*

Sont plus marqués. Chez les nerveux, émotifs, excitables l'agacement causé par le picotement constant dont le pavillon de l'oreille est le siège, peut influencer sur la sensibilité générale et produire quelques changements dans le caractère.

B. SARCOME

λ) *Symptômes objectifs.*

Le sarcome siège généralement au lobule de l'oreille. Il a la forme d'une petite tumeur arrondie de la grosseur d'un grain de chènevis à celle d'une noisette; sa consistance est ferme ou molle suivant que le tissu conjonctif est plus ou moins dense; sa couleur est pâle, jaune ou rosée, parfois bleue ou violacée. Il est mobile avec la peau quand il siège dans son intérieur ou dans le tissu cellulaire sous-cutané. La peau glisse sur lui au contraire quand il s'élève sur le pavillon et qu'il a pris naissance dans le cartilage (1).

Symptômes subjectifs.

On observe une démangeaison assez tenace, un peu de chaleur, de cuisson dans la partie infectée.

A ce moment on peut voir apparaître quelques douleurs sous forme d'élançements fugaces et légers.

A noter également une légère élévation de la température locale.

γ) Symptômes généraux.

Le malade est inquiet et voyant son oreille augmenter de volume n'attend souvent pas la période ulcéreuse pour aller trouver un médecin.

CARCINOMES

α) Symptômes objectifs.

Au début on remarque un petit bouton dur, irrégulier quelquefois violacé, siégeant généralement au niveau de la conque immédiatement en arrière de l'entrée du conduit auditif externe.

Le caractère distinctif du carcinome est sa non

élévation dès le début; la peau qui n'a pas encore eu le temps d'adhérer, est par ce fait plus mobile que dans le sarcome qui siège dans le tissu cellulaire sous-cutané.

β) *Symptômes subjectifs.*

Quelquefois ils manquent totalement et le malade à qui l'on propose une opération à cette époque est tout étonné et ne peut consentir. Il ne souffre en effet pas du tout et n'était la forme disgracieuse de son oreille, il ne viendrait certainement pas consulter; témoin le cas de Vaynor, dans l'observation que nous citons à la fin de ce travail

Cependant dans un second cas nous voyons une croûte se former et, sous l'influence de l'irritation causée par un grattage constant, la période ulcéreuse ne tarde pas à apparaître.

γ) *Symptômes généraux et fonctionnels.*

Sont peu importants et n'existent pour ainsi dire peu; à peine se manifestent-ils par des réactions générales qui sont toutefois moins marquées au début que dans la période précédente, ce qui semble contradictoire si l'on se place au point de vue de la gravité du mal.

Passons maintenant à la période suivante, à l'ulcération.

II. Période d'Etat. — Ulcération

A. — EPITHÉLIOMA

, α) *Symptômes objectifs.*

1° L'épithélioma superficiel peut avoir deux aspects : il peut s'observer sous la forme de fente à bords durs, saillants, saignant facilement et sécrétant un liquide ichoreux « qui se concrète pour former des croûtes grisâtres ou noirâtres » (1).

D'autres fois il a l'aspect verruqueux ou forme plusieurs saillies de couleur jaune rougeâtre, de consistance plus ou moins ferme. Ces saillies peuvent se développer d'une façon considérable et dès lors le pavillon est transformé en une masse informe représentée par des mamelons entre lesquels il existe des sillons plus ou moins profonds et irréguliers, en partie remplis par un détritüs jaunâtre ou jaune rougeâtre, formé d'un mélange de pus, de sang et de débris épithéliaux (2).

2° L'épithélioma profond forme une ulcération à contours arrondis, assez régulièrement. Cependant, le plus souvent, elle est irrégulière et déchiquetée.

1. Miot et Baratoux.

2. *Ibid.*

Les bords sont durs, saillants, inégaux, taillés à pic et entourés d'une aréole inflammatoire qui témoigne de l'envahissement de la peau.

Le fond de l'ulcère peut être terne, rouge violacé ou grisâtre, renfermant des granulations.

Cette ulcération s'étend de plus en plus et les hémorrhagies ne tardent pas à se produire.

L'engorgement des ganglions préauriculaire est variable. Il se produit d'autant plus promptement que la marche de l'ulcération est plus rapide.

Ces ganglions existent au niveau de l'antitragus, sous le lobule et sur l'apophyse mastoïde. Ils forment des petites tumeurs arrondies, mobiles, à surface régulière. On n'observe pas de saillie à leur niveau ; la peau est normale. Ils sont simplement durs et la palpation ne détermine pas de douleur.

Plus tard ils peuvent grossir, devenir sensibles au toucher, mais jamais ils ne s'ulcèrent.

β) *Symptômes subjectifs.*

Les douleurs apparaissent avec l'ulcération. Quelquefois elles se manifestent seulement par un peu de chaleur et de cuisson ; d'autres fois elles sont vives, continues ou intermittentes, s'irradiant à l'intérieur de l'oreille malade, à la région temporale, pariétale, à la face, au cou, à la langue, etc.

γ) *Symptômes généraux.*

Lorsque les parties voisines commencent à s'envahir, l'état général se modifie. Le malade se cachectise, perd l'appétit, a la fièvre, et ne perd pas le sentiment de son état qui déprime son moral.

δ). *Symptômes fonctionnels.*

N'existent pas encore tant que le conduit auditif n'est pas obturé par la tumeur ou les produits qu'elle sécrète.

B. SARCOME

γ). *Symptômes objectifs.*

Lorsque le sarcome est ulcéré il apparaît sous forme d'une masse fongueuse d'un rouge plus ou moins foncé tendant à soulever la peau. Les lobes sont séparés par des sillons rameux. Autour des parties ulcérées, la peau est livide, amincie, décollée à la circonférence, sous forme d'un bourrelet peu épais.

Ce bourrelet n'est pas renversé en dehors comme dans l'épithélioma,

β) *Symptômes subjectifs.*

On note simplement une douleur vive surtout lorsque les parties voisines sont envahies.

γ). *Symptômes généraux.*

A moins de récidence, le sarcome n'influe en rien sur l'état général qui ne s'altère que dans la période ultime.

C. CARCINOME.

α). *Symptômes objectifs.*

Le pavillon est épaissi, induré et quand l'ulcération se produit elle prend l'aspect de l'épithélioma profond que nous avons décrit. Les bourgeons fongueux sont plus abondants et les hémorrhagies plus fréquentes.

β). *Symptômes subjectifs.*

Les douleurs deviennent intolérables par suite des prolongements nombreux de la tumeur et de l'englobement dans son réseau de nombreux troncs nerveux.

γ). Symptômes généraux et fonctionnels.

Le malade se cachectise de plus en plus car la marche de la tumeur est essentiellement envahissante. L'ouïe diminue et peut même être perdue si la tumeur comprime le conduit auditif externe. En tout cas la néoplasie peut gagner les parties voisines, la caisse du tympan, les os du crâne et détruire tout ce qui se trouve sur son passage : c'est le cancer rongeur dans toute son horreur.

CHAPITRE V.

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISON.

A. L'ÉPITHELIOMA SUPERFICIEL OU EXODERMIQUE a une marche assez lente. Il peut durer quelquefois vingt ans sans retentir sur les ganglions ni altérer l'état général.

Cela se produit surtout lorsque l'ulcération ne donne pas lieu à des démangeaisons trop tenaces. Dès lors, le pavillon non soumis à des irritations constantes ne subit pas une marche proliférative et réagit au contraire très longtemps.

B. — Les épithéliomas profonds ou hypodermiques se développent au contraire et s'ulcèrent très rapidement.

Dans l'observation de Sedillot, le pavillon fut détruit en 3 semaines.

Lorsque l'ulcération agit en profondeur, elle détruit tous les tissus envahis. En surface le pavillon tout entier est rongé et ne tient plus que par des attaches extrêmement minces, comme dans le cas de Duplay.

Quelquefois les parties profondes se cicatrisent et ces cicatrices arrivent à produire des déformations considérables.

Schwartz et Delstancu ont rapporté le cas d'un ulcère en profondeur qui avait détruit les attaches du pavillon : on découvrait l'apophyse mastoïde et le muscle temporal. Quelquefois même, ces ulcères intéressent la cavité tympanique, la partie postérieure de l'orbite, la paroi postérieure du frontal, l'aile du sphénoïde et arrivent jusqu'à la dure-mère.

La terminaison presque constante est la mort par hémorragie : le malade fait de la méningo-encéphalite et succombe par hécitité (1) quand il n'est pas mort de la première façon.

B. — CARCINOME

La marche, la durée et la terminaison du Carcinome sont en rapport avec ce que nous venons de dire de l'épithélioma dont il n'est qu'un aboutissant. Dans l'observation de Vaynor (*Revue de laryngologie, 1890*), nous voyons que la maladie a évolué

1. Miot et Baratoux.

très vite ; en deux mois, la tumeur était grosse comme le poing. Dans la seconde observation du même auteur, le carcinome a mis 10 ans à évoluer. Il est probable que l'on avait affaire à une forme de carcinome squirrheux qui a en général une évolution plus lente que la forme encéphaloïde.

C. — SARCOME

Le sarcome à cellules rondes a une marche rapide ; il se généralise sous forme de tumeur secondaire et produit la cachexie plus vite que la forme fasciculée. Cette dernière en effet reste longtemps stationnaire. Elle peut rester 20 ans sans augmenter de volume, si ce n'est toutefois à l'occasion d'influences passagères, comme la menstruation chez les femmes.

Des malades ont conservé ainsi des sarcomes toute leur vie sans réaction sur l'état général.

Mais après une intervention, le sarcome peut récidiver sur place, s'ulcérer, réagir à la longue sur l'économie pour produire une cachexie plus ou moins prononcée.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC

A part quelques exceptions les tumeurs malignes du pavillon de l'oreille sont presque toutes destinées, soit à la récurrence, soit à la généralisation.

Par ordre de gravité croissante nous trouvons :

Le *sarcome*.

L'*épithéliome* ;

Le *carcinome* ;

La forme la plus fréquente du sarcome est, avons-nous dit, la forme fasciculée. Or c'est celle dont l'accroissement est le moins rapide. Sa récurrence est également moins fréquente que dans les autres variétés. En outre elle se manifeste plus tardivement sur l'état général.

D'une manière générale la tumeur a plus de chances de guérir qu'elle est mieux circonscrite, non

2) Le kyste sébacé, quand il existe, donne une sensation spéciale de consistance ferme, mais non dure. De plus, il est complètement indolore et plus ou moins mobile.

3) Les tumeurs, érectiles veineuses forment des taches étendues et assez superficielles : les tumeurs artérielles sont limitées à un point du pavillon et accompagnées de dilatation variqueuse des artères du voisinage.

4) Les tumeurs fibreuses siègent en général au lobule, sont multiples et à évolution très lente.

5) Les dépôts d'acide urique se trouvent chez les gouteux, surtout vers le bord supérieur de l'hélix. Ils sont indolents et sont le siège d'une irritation passagère au moment d'une attaque de goutte.

C. — *A quelle variété de tumeur maligne ?*

I. — ÉPITHÉLIOMA

Avant l'ulcération.

Le diagnostic n'est pas facile. On peut se trouver en présence d'une tumeur verruqueuse, d'un papillome corné, d'un carcinome, d'un sarcome. L'évolution de la maladie et l'âge du malade peuvent donner quelques renseignements. C'est ainsi que le carcinome évolue plus vite que l'épithélioma et le

sarcome. Ce dernier est quelquefois stationnaire pendant plusieurs années, surtout dans la forme fibreuse et se développe principalement chez les gens jeunes et vigoureux.

Le siège est également un indice.

L'épithélioma siège de préférence au bord supérieur de l'hélix.

Le carcinome à l'entrée du conduit auditif externe dans la conque.

Le sarcome au niveau du lobule.

Point ulcéré. — Il existe alors un bourrelet induré à la périphérie du néoplasme. Il ne faudra pas le confondre avec un eczéma fendillé.

Pour cela, s'inspirer des commémoratifs, des manifestations de même nature sur d'autres points du corps. Les modifications que l'on peut observer par le traitement lèvent les doutes.

Une ulcération consécutive à une gomme syphilitique ne présente pas de bourrelet. En outre l'interrogatoire du malade et l'influence du traitement spécifique mettent clairement sur la voie.

II. — CARCINOME

Au début le diagnostic est difficile. Cependant le carcinome est d'emblée une tumeur dure qui n'a pas de limites bien précises. Elle semble envoyer des

prolongements dans les tissus ce qui lui donne une note assez caractéristique.

A la période ulcéralive, le bord de l'ulcère est bourgeonnant, rempli de fongosités laissant écouler un liquide fétide ; les ganglions sont envahis.

III. — SARCOME

Diagnostiquer un sarcome au début est impossible. Ce n'est que plus tard que la mobilité et la non sensation de prolongements dans les tissus, comme le carcinome, peuvent le différencier de ce dernier.

A la période d'état, la teinte violacée de la peau, l'absence complète de douleurs, la marche lente de l'affection, l'absence de ganglion pré-auriculaire, de troubles généraux permettent de supposer le sarcome (1).

On peut le confondre avec un lipome ; ce dernier a une consistance lobulée spéciale. Le fibrome est indolore, multiple.

Dans le sarcome l'examen du sang dénotera une leucocytose très abondante.

1. Miot et Baratoux.

CHAPITRE VII

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des tumeurs malignes du pavillon de l'oreille est difficile au début.

A la période ulcéralive, les erreurs sont peu nombreuses comme nous allons le voir.

A. — *Il y a tumeur.*

Inutile d'insister sur ce point qui saute aux yeux.

B. — *A quel genre de tumeur a-t-on affaire ?*

Pour cela, on procédera par élimination en écartant les autres tumeurs dont le pavillon de l'oreille peut être le siège.

1) L'othématome se fait en général dans l'hélix. Il est fréquent chez les aliénés, arrive dès le premier jour à son plein développement et est le siège d'une fluctuation très nette,

ulcérée et que les tissus sous-cutanés paraissent moins engorgés (1).

L'épithélioma superficiel peut rester stationnaire pendant 10, 20 ans, mais s'il gagne en profondeur le pronostic s'assombrit considérablement.

La récurrence est fréquente si on ne l'enlève pas complètement : toutefois l'intervention doit se baser sur l'état des ganglions qui ne doivent pas être envahis et sur la limitation de la tumeur. En effet un carcinome superficiel, bien limité, sans adénopathie, peut guérir ou laisser vivre le malade assez longtemps sans que la récurrence ait le temps de se produire.

Dans le cas contraire il faut abandonner le mal et s'abstenir de toute intervention qui ne ferait qu'accélérer la marche.

L'observation que nous avons transcrite, du malade du Dr Morestin, en est un exemple frappant :

I. Miot et Baratoux.

CHAPITRE VIII

Le traitement des tumeurs malignes du pavillon de l'oreille a été étudié par les auteurs. Dès 1869 Bouisson faisait paraître un article dans le *Montpellier médical* sous le titre « Amputation du pavillon de l'oreille ». Nous aurons l'occasion dans quelques instants de puiser dans ce mémoire qui est conforme en un assez grand nombre de points avec nos idées actuelles. A part quelques détails de technique en rapport avec les progrès de la chirurgie, le manuel opératoire qu'il propose est loin d'être dénué d'intérêt.

Il s'étonne cependant de ce que les traités généraux de médecine opératoire ne renferment pas de descriptions sur le traitement chirurgical de ces affections. « Boyer, dit-il, n'a garde d'oublier la perforation du lobule auriculaire à l'usage des bijoutiers, il parle aussi de l'excision de ce lobule, mais il ne donne pas même le nom d'ablation du pavillon. »

Qu'il nous soit permis de faire remarquer ici que

les traités de maladies d'oreille où l'on parle des tumeurs dont peut être le siège le pavillon sont choses rares, et il faut, de loin en loin, les communications intéressantes pour se faire une idée à ce sujet.

« Quel que soit le procédé opératoire employé, destruction ou ablation des tissus affectés, une seule chose est à considérer à savoir qu'il est indispensable de ne jamais ménager les parties voisines du néoplasme (1). »

Le cancer du pavillon de l'oreille comme celui des autres parties du corps, donne lieu aux mêmes phénomènes généraux et locaux que celui-ci. Aussi la seule thérapeutique qui ait sa raison d'être est celle qui agit directement sur le mal et ne laisse après lui que des parties saines.

Deux moyens sont à la disposition des chirurgiens. Un moyen chimique : injections interstitielles, cautérisations, un moyen opératoire, proprement dit, consistant dans l'amputation partielle ou totale. Nous nous arrêterons peu au premier pour réserver plus de temps au second.

1^o *Les injections interstitielles* destinées à produire une inflammation dans les tissus ont été employées par Köbel pour le traitement d'un sarcome siégeant en une autre partie du corps. Aussi a-t-on supposé qu'on pourrait employer le liquide injecté, qui était dans ce cas de la liqueur de Fowler,

en topique sur les parties : ulcérées, on commencerait par 1 à 5 gouttes et on irait en augmentant.

Köbel prescrivait également à l'intérieur une préparation arsenicale.

Il a obtenu certains résultats. Nous ne faisons toutefois que signaler cette méthode.

2° *Les cautérisations* sous toutes les formes ont davantage d'adeptes.

Les caustiques de différentes espèces ont été employés.

Parmi les caustiques chimiques citons :

Le nitrate d'argent ;

La pâte de Vienne ;

La pommade de Rousselot ;

La pâte de Canquoin.

Cette dernière offrait l'avantage d'être antiseptique et était préférée aux autres.

Parmi les caustiques physiques :

Le fer rouge ;

Le galvanocautère ;

Le thermocautère.

Sedillot préférait le fer rouge à tout autre mode de traitement. Il citait l'exemple d'une de ses malades, âgée de 55 ans, ayant eu la destruction de la totalité du pavillon de l'oreille en trois semaines par un cancer siégeant au niveau du conduit auditif externe. Ce dernier allait être envahi. Le cautère fut appliqué sur l'ulcération, la malade guérit et la cicatrice

fut solide et persistante, plus solide qu'avec le bistouri (1).

Il se basait pour cela sur des considérations physiologiques : il admettait en effet « que toutes les irritations locales entraînant des congestions sanguines formaient les traumatismes avec dépôt fibrineux : enfin, les activités morbides quelconques développées sur tel ou tel point de l'économie peuvent devenir la raison d'être d'un cancer chez les individus prédisposés.

Il établit d'autre part que l'art possède les moyens de produire du tissu fibreux accidentel, dense, rétractile, peu vasculaire, et réfractaire aux modifications morbides (2) ».

Citons également pour mémoire les rayons Röntgen qui paraissent avoir donné des résultats sérieux dans ces derniers temps. La ligature a été aussi employée, mais elle est incertaine, et à tout prendre, bien inférieure aux méthodes précédentes.

Il nous reste donc le traitement de choix, le véritable traitement chirurgical qui est l'amputation.

Cette opération ne remonte pas à un grand nombre d'années en arrière, et cependant elle fut pratiquée accidentellement et eut des suites si simples qu'elle ne manqua pas d'être d'un pronostic bénin aux yeux du professeur Bouisson.

1. Observation citée.

2. *Gazette des Hôpitaux*, 1869.

La simplicité, dit-il (1), des suites ordinaires de l'ablation accidentelle du pavillon doit être prise en considération. C'est une insinuation d'imiter par l'art les effets d'une mutilation imprévue et une sorte d'épreuve toute faite sur la possibilité d'appliquer cette opération aux maladies dangereuses du pavillon et notamment à celles dont l'aptitude à étendre leurs limites, exige qu'on en débarrasse l'organisme.

Ceci posé disons de suite que l'amputation peut être partielle ou totale.

Avant d'entrer dans les détails de l'opération, notons sommairement ses indications. D'une manière générale, on opérera toujours les tumeurs malignes du pavillon de l'oreille, à moins toutefois que le malade soit porteur d'une tumeur non limitée, ayant fusé dans les parties voisines en désorganisant tout sur son passage.

Ajoutons à cela des paquets ganglionnaires engorgés, l'âge du malade et son état de cachexie prononcée. Nous en avons plus qu'il n'en faut pour écarter toute idée d'intervention.

Témoin le malade de M. Morestin qui finit par se décider lorsqu'il n'était plus temps, la marche envahissante de son épithélioma ayant fait son œuvre.

On doit donc opérer le plus tôt possible. Quant au genre d'opération, il dépendra de l'envahissement et de la grosseur de la tumeur. Un petit épithélioma superficiel pourra être justiciable d'une amputation partielle. Dans le cas cité par M. Morestin il y avait

1. Bouisson. *Montpellier médical*, 69, loc. cit.

une récidence 3 mois après. Parmi les 3 observations relatant cette opération partielle, une d'elle, la seconde, nous dit que M. Guermonprez revit le malade 15 mois après sans trace de récidence. Pour trancher la question il faudrait un nombre de faits suivis à plusieurs années d'intervalle. Si l'on se base sur des données générales l'ablation totale suivie d'une opération de prothèse serait préférable à un moignon qui risque de récidiver.

Voyons succinctement la méthode générale de ces deux opérations, elle est du reste fort simple :

1^{re} Amputation partielle.

Elle est déduite des observations de M. Guermonprez. Disons seulement que les limites de la tumeur devront être largement dépassées.

Soulignons aussi la double excision sous-cutanée du fibro-cartilage qui semble avoir donné de très bons résultats esthétiques.

2^{re} Amputation totale.

L'amputation totale du pavillon est, comme le dit M. Morestin, une opération rendue délicate par les nombreux vaisseaux qui saignent et masquent le champ opératoire. Aussi, ce chirurgien propose-t-il de lier préalablement l'artère carotide externe d'où émanent toutes les branches artérielles destinées au pavillon de l'oreille.

Le Professeur Bouisson avait signalé le fait sous une autre forme. Le danger éventuel inhérent par exemple à la division de l'artère auriculaire postérieure anormalement développée serait en particulier atténué ou même complètement écarté par la ligature de ce vaisseau.

Ceci étant fait, et le malade endormi, on circonscrit le pavillon par deux incisions semi-elliptiques, l'une antérieure partant des attaches musculaires supérieures, passant en avant de la baie du tragus et se dirigeant en bas et en arrière vers le lobule, l'autre postérieure contournant la conque et allant rejoindre en bas l'incision antérieure. Cette incision postérieure rencontre l'artère auriculaire postérieure à l'union de son tiers inférieur avec ses deux tiers supérieurs. On arrive ainsi jusque sur le point de réunion du cartilage auriculaire avec le cartilage auditif et on incise de haut en bas.

Après l'ablation on procède à l'hémostase, si toutefois il y a lieu et aux sutures de la peau.

On peut encore suturer la peau qui est à la marge du conduit auditif avec celle de la circonférence extérieure de la plaie en procédant à un décollement sous-cutané. Dans la suite, on laisse pousser les cheveux qui viennent d'eux-mêmes masquer la cicatrice. Ou bien on peut employer le procédé de M. Morestin qui consiste à prendre un lambeau aux dépens de la peau de la région sterno-mastoïdienne, au-dessous de l'angle de la mâchoire et de celle de la région hyoïdienne. Ce lambeau à pédicule pos-

lérieur est ramené en le faisant pivoter sur la perte de substance et suturé aux bords de la plaie. Dans la suite, les poils de la barbe de cette peau se mélangent aux cheveux et l'assemblage est, paraît-il, des plus réussis. M. Morestin a opéré de cette façon un malade dont il a signalé l'observation dans la thèse de Maillard sur la tuberculose et le cancer (Paris, 1901).

Quant aux appareils de prothèse proposés, pavillons artificiels de différents modèles, ils peuvent être employés sans difficulté, il est même des cas où ils conduisent mieux le son que les pavillons naturels.

La prothèse organique avait été signalée par Tagliacozzi de Bologne qui citait le cas d'un moine dont l'oreille avait été merveilleusement réparée. Cependant nous partageons les idées de Bouisson à ce sujet quand il écrivait : « Les fauriers de Tagliacozzi qui au xvi^{me} siècle prétendait refaire les oreilles, ne doivent plus troubler le sommeil des chirurgiens, l'anaplastie de l'oreille n'ayant inscrit encore à son bénéfice que quelques exemples de réparations partielles, on peut renoncer sans préjudice pour les sujets qui ont perdu la totalité du pavillon à des tentatives de réparation organique de cet appendice. La création du chirurgien serait si loin de celle de la nature qu'il faudrait la cacher sous les cheveux avec plus de soin encore que la cicatrice d'une oreille amputée (1).

1. Bouisson. *Montpellier médical*, 1869.

Les suites morbides de l'opération sont nulles

Au point de vue de la fonction auditive, la conservation complète de ce sens est la règle. Que ne cite-t-on des faits nombreux démontrant l'inutilité physiologique du pavillon, quoiqu'en disent plusieurs partisans du contraire ?

Heimen eut l'oreille emportée par un boulet de canon et put entendre très bien dans la suite.

Wepfer eut un malade dont l'oreille fut détruite par la suppuration, l'ouïe resta intacte.

Bouisson fit la même observation chez un de ses opérés.

De plus, pour Fritelli et Oberteuffer le manque de pavillon congénital, ne donne pas lieu à la surdité.

Le malade que nous avons vu, opéré par M. Morestin, entend parfaitement bien, malgré l'absence de son pavillon.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Observation de tumeurs de l'oreille. — Maladie endémique dans la vallée de Nipal-Campbell. *Arch. génér. de méd.*, 2^e série, t. VI, 1834.

Les habitants de la vallée de Nipal et surtout ceux qui sont affectés de goîtres sont sujets à avoir une tumeur assez volumineuse qui se développe sur la conque de l'oreille et que le Dr Campbell désigne sous le nom de *pendulous tumour of external ear*, ce qui fait croire qu'elle ne tient à l'oreille que par un pédicule peu volumineux. Ce médecin envoya à la réunion du 2 mars 1833 de la Société de Calcutta, deux de ces tumeurs qui, s'étant développées sur les helix des oreilles d'une femme de cet endroit, attiraient les oreilles en bas et recouvraient le méat auditif externe au point de nuire beaucoup à l'audition. Réunies, elles pesaient 24 onces. La surface de ces tumeurs était inégale ; elles étaient charnues, mais fermes ; leur tissu, suivant le Dr Campbell, ressemblait à celui du *mammary sarcoma* ; elles avaient été enlevées par un simple coup de bistouri ; les plaies s'étaient cicatrisées promptement et les oreilles avaient repris leur position normale. La femme qui porte cette tumeur est atteinte d'un bronchocèle volumineux, sa

filles aînées, âgée de neuf ans, porte une tumeur de la grosseur d'une noix, à chaque oreille, et son autre fille, âgée de six ans, a depuis trois ans un goître qui a atteint la grosseur d'une orange.

Le même médecin ajoute qu'à Nipal le bronchocèle est très commun chez les animaux. Les agneaux et les chevreaux naissent souvent avec un développement morbide considérable.

OBSERVATION II

Observation de dégénérescence squirrheuse du pavillon de l'oreille. —

KRAMER.

Traité des maladies de l'oreille, 1848, p. 94.

Un jeune paysan affecté de la teigne éprouva à l'âge de huit ans, une démangeaison à l'oreille droite, parce que la peau de cet organe avait été envahie par la maladie du cuir chevelu. Par suite de grattements répétés la peau du pavillon s'ulcéra, s'épaissit et acquit un volume considérable. Le jeune garçon était robuste.

L'oreille rouge et gonflée resta dans cet état pendant plusieurs années. Vers l'âge de 15 ans, le mal fit de nouveaux progrès, et à 20 ans le pavillon tout entier n'offrait plus qu'une masse informe parsemée de tubercules à tous les degrés de développement. Il y avait de la suppuration vers la partie antérieure et supérieure de l'anthelix.

Le Dr Fischer enleva l'oreille entière avec le bistouri et la plaie qui résulta de cette ablation fut guérie au bout de six semaines.

Ce chirurgien ne dit rien de l'influence que l'opération dut avoir sur l'ouïe.

OBSERVATION III

Compte-rendu à l'Académie des sciences, 25 juillet 1869.

Du traitement des cancers épithéliaux, ou cancroïdes par l'application du cautère actuel, par C. SÉDILLOT.

« Un de mes malades de la Clinique, âgé de 55 ans, avait eu la totalité du pavillon de l'oreille détruit en moins de 3 semaines par un cancroïde à marche aiguë ; le conduit auditif allait être envahi. Nous appliquâmes le feu à plusieurs reprises sur l'ulcération et nous obtînmes une cicatrice solide et persistante. Ce malade, malgré nos instances, quitta l'hôpital et nous ne l'avons plus revu. Aucun autre procédé n'eût pu nous donner un résultat aussi prompt et aussi heureux. »

OBSERVATION IV

Observation de l'épithélioma du pavillon de l'oreille.

VELPEAU. — *Gazette des hôpitaux*, 1869, n° 27.

Malade âgé de 67 ans, entré dans le service de Velpeau, à la Charité, salle Ste Vierge, n° 16. Opéré pour une tumeur de nature cancéreuse, située au niveau du tragus.

La petite tumeur du volume d'une aveline, de consistance charnue, ulcérée à la superficie dans une étendue de 6 à 8 millimètres, mobile avec la peau sur les parties profondes, ne saignant pas, développée depuis deux mois, avait apparu sous forme d'un petit bouton, que le malade avait arraché.

L'ablation de la petite tumeur fut pratiquée par un médecin de province ; sans doute le mal n'avait pas été enlevé en totalité, car dans la suite, la production morbide s'accrut avec une nouvelle intensité.

Etat général excellent. Ce malade n'avait pas perdu son embonpoint, pas de retentissement sur les ganglions voisins, quelques rares douleurs lancinantes existent.

Pour Velpeau, l'accroissement rapide de la tumeur indiquait une tumeur maligne à défaut de signes locaux qui la distinguaient d'un kyste sébacé ou d'une tumeur graisseuse. Pour un cancroïde, la durée était singulièrement courte, comparée à l'évolution du cancer des lèvres. Le diagnostic suivant est porté :

Tumeur cancéreuse contenant probablement du tissu fibro-plastique et les éléments de cancer encéphaloïde.

La tumeur saisie par une érigne double fut circonscrite par deux incisions elliptiques emportant une portion de la peau saine. Une petite artériole saigne et est rapidement asséchée. La tumeur est bien circonscrite à la peau, pas d'adhérences profondes, si ce n'est avec le sommet du tragus. Pansement à plat, le malade non endormi n'a pas souffert soit par suite d'une insensibilité locale qui s'observe chez certains malades opérés de lipome, soit par suite de courage.

A la coupe, disposition lobulée un peu rameuse ; pas de suc ; peu vasculaire ; partie du cartilage du tragus enlevé un peu jaunâtre et non altérée. L'examen histologique n'a pas été fait.

OBSERVATION V

Observation de ~~cancroïde~~ du pavillon de l'oreille.

DEMARQUAY. — *Gazette des Hôpitaux*, 1869.

H..., âgé de 70 ans, entre à la maison Dubois, dans le service de M. Demarquay, le 12 juillet 1869. C'est un homme assez robuste.

Il y a 30 ans, il a subi une amputation de jambe pour une tumeur blanche du cou-de-pied.

A la main gauche, les deux dernières phalanges du doigt indicateur sont enlevées à la suite d'une carie de cet os. Antécédents scrofuleux graves.

Aucun antécédent cancéreux remarqué dans sa famille. En février dernier, le malade a eu une hémiplegie droite qui lui a laissé un léger affaiblissement.

Depuis deux ou trois ans, à la partie de l'hélix gauche, se trouve une petite verrue qu'il arrache constamment avec l'ongle et qui se reproduit chaque fois sans augmentation de volume.

Plusieurs cautérisations à l'acide nitrique.

Il y a 7 ou 8 mois, la petite tumeur s'étend, change d'aspect sous l'influence de l'irritation de l'ongle et de l'acide nitrique ; il se forme une croûte brunâtre, dont la base est dure et dense,

En enlevant cette croûte, on trouve une surface ulcérée, rougeâtre, un peu douloureuse, qui est le siège d'un écoulement de sang. Elle devient deux et trois fois comme un haricot. Les pommades irritantes et le perchlorure ne font rien.

Au contraire, sur le sommet de l'hélix de l'oreille gauche, une tumeur allongée occupant un peu plus de la moitié supérieure de la circonférence externe du pavillon. Elle a six centimètres de long sur un demi de large; elle est plus large à la partie moyenne qu'aux extrémités, la base est indurée et adhérente au cartilage. Le relief de la tumeur à la surface de l'hélix est d'environ un demi centimètre. Bords bien limités, durs, rouges, avançant en avant sur la racine de l'hélix, surface rugueuse, mamelonnée, irrégulière; par places légères anfractuosités recouvertes de croûtes noirâtres à la partie supérieure, grisâtres à la partie inférieure, sèches.

La tumeur n'est pas le siège de douleurs marquées, le toucher et la pression ne sont pas sensibles. Légers picotements aux points recouverts de croûtes. Quelques élancements autour de l'oreille. Etat général bon, à part quelques troubles cérébraux, dus à l'état antérieur.

Pas d'engorgement ganglionnaire.

Le diagnostic est fait: cancroïde du pavillon.

Demarquay propose l'excision aux ciseaux de toute la partie de l'hélix, mais le malade, effrayé, part.

OBSERVATION VI

BOLISSON. — *Montpellier médical*, juillet 1869, n° 12.

M. V..., âgé de 26 ans, directeur d'un établissement lithographique à Cette, vient nous consulter au mois de juillet 1869, pour une tumeur ulcérée de l'oreille droite occupant toute l'étendue du pavillon et dont l'origine remontait à quelques années. Cette origine indiquait primitivement un caractère moins grave. La lésion de l'oreille avait en effet revêtu dès le début la forme d'une scrofulide eczémateuse. Le sujet, qui présentait les traits généraux de la diathèse scrofuleuse, avait eu dans son enfance une dermatite exsudative du cuir chevelu. Il avait été atteint d'otorrhée qui avait produit un certain degré de surdité, et après la disparition de l'otorrhée il était resté sujet à un suintement du pavillon de l'oreille. Parfois la surface rouge et surexcitée du pavillon de cet appendice prenait l'apparence granuleuse et donnait lieu à une exsudation séro-purulente entraînant des débris d'épiderme ramollis, d'une odeur très forte et qui cédait à des lotions émollientes et détersives, d'autres fois c'est le caractère dartreux qui dominait, et qui après une apparition plus ou moins durable accompagnée de vives démangeaisons aboutissait à la formation de squâmes épaisses qui tombaient pour se reformer avec plus ou moins d'obstination.

Ces envahissements inflammatoires étaient séparés par des intervalles de plus en plus courts et, dès l'année indiquée, l'ensemble du pavillon de l'oreille cessa d'être dans des conditions pathologiques indiquant une transformation dans la nature de la maladie. La totalité de l'appendice avait acquis une épaisseur triple de celle qui lui est ordinaire ; des fentes à bords indécis divisaient la peau de la région, les replis du pavillon ne s'accusaient plus avec leurs saillies naturelles, elles étaient confondues en une masse plus ou moins inégale, résistante et douloureuse. Le lobule était envahi. Les bords d'une fente principale, à la hauteur de la division supérieure de l'anthélix étaient écartés et circonscrivaient une surface ulcérée, d'aspect cancéroïdal. Les douleurs avaient perdu le caractère fugitif pour prendre le caractère lancinant. Il était évident qu'une dégénérescence locale avait envahi l'ancienne surface eczémateuse et que désormais on pourrait craindre un envahissement plus profond soit du côté du conduit auditif externe qui était respecté, soit du côté des ganglions lymphatiques voisins qui étaient aussi intacts ; dans de semblables conditions je ne comptais ni sur la persévérance à essayer les moyens généraux de traitement dont le malade faisait simplement usage depuis longtemps, ni sur les moyens locaux qui jusqu'alors s'étaient montrés infidèles. La cautérisation elle-même ne pouvait se faire avec assez d'exactitude, je n'eus aucune peine à le faire comprendre au malade, et elle fut aussi l'opinion de mon confrère, le D^r Leguy.

Le malade, préalablement anesthésié fut couché sur le côté opposé à la maladie et le pavillon fut circonscrit par deux incisions semi-elliptiques, se regardant par leur concavité, la première étendue depuis l'extrémité antérieure de l'hélix jusqu'à la partie antéro-supérieure du lobule et comprenant le tragus dans sa concavité, fut poussée jusqu'au demi-cercle antérieur de l'ouverture du conduit auditif ; la seconde incision circonscri-

vant en arrière le relief de la conque, partit de l'extrémité supérieure de la première pour la rejoindre en dessous du lobule. Portée un peu plus profondément dans l'épaisseur des tissus, elle atteignit successivement le tronc de l'artère auriculaire postérieure qui était hypertrophiée et donna un jet de sang considérable. Le retrait de cette artère assez rapprochée de son origine de la carotide externe ne laissa pas que de donner quelques difficultés pour la ligature. Il fallut n'en mettre que plus de soins à rechercher le vaisseau et à l'étreindre convenablement par un fil. Après ce temps tout parut simple. Aucun prolongement morbide n'existait, ni dans la direction du conduit auditif, ni dans les ganglions parotidiens. On plaça un peu de charpie et la cicatrisation fut complète, le malade rentre chez lui parfaitement guéri.

Nous omettons volontairement les observations recueillies par Lafargue (thèse de 1879) et celles de Treillet (thèse de 1882) qui notent la fréquence de l'épithélioma pour arriver à celles recueillies depuis cette époque.

La thèse de Treillet mentionne 3 observations de sarcome.

OBSERVATION VII

Observation d'épithélioma du pavillon de l'oreille. POLITZER.

Traité des maladies de l'oreille, 1884.

Femme de 64 ans, atteinte d'épithéliome du pavillon droit qui s'étendit au conduit auditif externe : le cartilage du méat et la paroi osseuse furent découverts par places et la mort survint par suite d'épuisement.

A l'examen microscopique, je trouvai la plus grande partie du revêtement du méat infiltré de cellules de cancer ; l'accumulation était surtout prononcée au point de jonction du conduit auditif et de la membrane du tympan, et il y avait de plus des petites infiltrations cancéreuses dans la couche cutanée de la membrane et sur la couche muqueuse.

La perforation de la membrane par la masse cancéreuse n'eut lieu qu'à une petite place circonscrite, sans que le processus se soit étendu d'une façon visible dans la cavité tympanique elle-même. Il y eut d'intéressant dans ce cas, la présence de nombreuses cellules de cancer dans les espaces creux du temporal, à distance du foyer primitif de la maladie, fait qui explique l'insuccès de l'opération de quelques néoplasmes en apparence localisés.

OBSERVATION VIII

Observation d'épithélioma du pavillon de l'oreille. HAMON DU FOUGERAY.
Le Mans.

Annales des maladies de l'oreille, 1890.

A la fin de janvier 1888, M. D..., âgé de 60 ans, est venu me consulter pour une tumeur siégeant au pavillon de l'oreille. Il paraît être d'une bonne constitution, n'a jamais eu d'affections graves et ne présente pas, du moins d'après ses déclarations, d'antécédents morbides. La tumeur dont il est porteur siège à gauche, elle a débuté par un petit bouton douloureux placé sur l'hélix ; sous l'influence de grattages répétés elle a augmenté de volume et quand je l'examinai pour la première fois, le début remontait à un an. L'hélix, l'anthélix et la conque sont envahis. Toutes ces parties ne forment plus qu'une tumeur volumineuse, ulcérée, douloureuse. Les ganglions sont envahis. Ce malade se tourmente, et souffrant, réclame une intervention.

Celle-ci fut pratiquée le 20 février 1888. Je me suis servi dans ce cas de la pâte de canquoin suivant la méthode de Maisonneuve. De nombreuses flèches furent introduites, dépassant les limites de la tumeur, celle-ci tomba 15 jours après, laissant une plaie rosée, qui parut d'abord bien se comporter et tendre vers la guérison. Mais ce que j'avais prévu ne tarda pas à se montrer. Trois mois après, une récurrence survenait sur la cicatrice ; une nouvelle application de flèches fut faite, et alors, en sondant les parties profondes, il me fut facile de recon-

naître ce que j'avais déjà soupçonné : l'envahissement du tympanal.

Cette seconde application de pâte de canquoin ne fut pas suivie de cicatrisation et le malade complètement inopérable mourut quelques mois après.

L'examen histologique put démontrer la nature épithélio-mateuse de la tumeur. Le malade n'avait pas eu de troubles de l'audition, le cancer n'ayant pas intéressé les parties situées au-dessus du conduit auditif et ayant respecté la caisse du tympan.

Dans les derniers mois on observait seulement un peu de difficulté de la mastication.

OBSERVATION IX

Observation d'épithélioma du pavillon de l'oreille. — HAMON DU FOUGERAY
Annales des maladies de l'oreille, 1890.

A la fin d'octobre 1889, M. B... vint me consulter pour une ulcération siégeant sur le pavillon de l'oreille gauche. Il y a seulement 6 mois qu'il a vu survenir une légère excroissance qu'il a grattée et qui s'est transformée en une ulcération douloureuse à marche rapide.

M. B..., est âgé de 79 ans, de forte constitution et ne présentant dans sa famille aucun antécédent cancéreux.

Un premier examen me permet de reconnaître une vaste ulcération ayant rongé environ le tiers du pavillon et ayant produit une large échancrure intéressant l'hélix et l'anthélix à leur partie postéro-supérieure. Il s'écoule un pus sanieux, les

douleurs sont vives, les ganglions ne sont point engorgés. Je me décide à pratiquer l'amputation du pavillon de l'oreille et celle-ci a lieu le 2 novembre 1889.

Au moyen du thermocautère, je fais tomber le pavillon ne laissant que le lobule et dépassant ainsi de 2 centimètres, les limites du mal; le pansement, fait à l'acide phénique et au salol, amène une guérison rapide, et un mois après, j'obtenais une bonne cicatrisation. Depuis cette époque, jusqu'à ce jour, l'état général et local est resté des plus satisfaisants.

OBSERVATION X

Carcinome du pavillon de l'oreille. -- VAYNOR.

Revue de laryngologie, 1891.

J. B..., âgé de 70 ans, manœuvre, se présentait au mois de mai dernier, dans notre service. Il nous dit que depuis deux mois, son oreille augmente de volume. Le pavillon devenait violacé, il avait l'air d'être gelé. Depuis quelques jours, l'aspect de son oreille s'étant modifié, le malade vient nous consulter.

Le pavillon était envahi en entier par un carcinome de la grosseur d'un pois.

L'opération était contre-indiquée, par l'extension de la tumeur, l'âge et l'état cachectique du malade qui, du reste, se refusait à toute intervention chirurgicale. Il sort de l'hôpital sans être guéri.

OBSERVATION XI

Carcinome du pavillon de l'oreille. — VAYNOR

Revue de laryngologie, 1891.

M. Campagnard, âgé de 62 ans, se présentait au mois de septembre de l'année dernière à la section d'otologie de l'hôpital St-Roch. Pas de prédispositions dans la famille. Il y a 10 ans, il avait aperçu une formation humide et blanchâtre, dure, ressemblant à une verrue, de la grosseur d'une fève. Cette tumeur était placée au pavillon près de l'*incisura intertragica*.

De temps en temps, il se formait une croûte que le malade arrachait ; mais comme cette petite verrue d'apparence inoffensive ne grossissait point et ne lui causait aucune douleur ; il ne s'en préoccupait pas. Il y a neuf mois, la tumeur commença à s'ulcérer et depuis ce moment, elle a fait des progrès rapides.

A cette époque, le malade alla consulter un médecin qui lui proposa une opération qui ne fut pas acceptée. Le médecin le traita alors avec des huiles diverses et de l'iodoforme, le malade ne fut pas cautérisé une seule fois. Un mois avant d'entrer à l'hôpital, il ressentait des douleurs violentes et aiguës qui semblaient rayonner vers le tympan.

Etat actuel. — L'oreille gauche de cet homme bien fait et vigoureux était augmentée surtout en épaisseur excepté la marge ; elle est massive, violacée, indurée ; dans la masse, existe une tumeur dure de la grosseur d'une noix remontant

en haut jusqu'au *crur furcata inferior* atteignant en dehors, la marge de l'hélix et en bas la limite supérieure de l'anti-tragus.

Toute la conque saillante, inégale, ulcérée, recouverte de pus, et semble divisée par une marche anfractueuse qui se continue avec le conduit auditif. Au-dessous de la tumeur existe une surface plane, ronde et dure. Les glandes du conduit sont restées normales. Pas de modifications physiques dans les autres organes.

Ce malade a très bien entendu de l'oreille gauche jusqu'au jour où apparut le carcinome, mais depuis, l'audition est notablement diminuée. Le Dr Budai qui a fait l'examen microscopique de cette tumeur dit que l'on peut dans cette néoformation, établir le diagnostic différentiel entre le lupus et le carcinome et affirme que c'est un carcinome épithélial.

OBSERVATION XII

Epithélioma du pavillon de l'oreille (Chazarac à Toulouse).

Revue de laryngologie, 1892.

Le nommé F..., âgé de 55 ans, jardinier à Muret, se présente à ma clinique, envoyé par le Dr Bezy le 23 février 1890. Le malade vient me trouver pour une ulcération du pavillon de l'oreille. Pas d'antécédents personnels ni héréditaires. Il y a deux ans, le malade vit apparaître au-dessus du lobule, au niveau de l'anti-tragus, un petit bouton, sur lequel une ulcération ne tarda pas à se produire, qui s'est développé progressivement. A l'examen du malade, je constate que la moitié inférieure du pavillon de

l'oreille est occupée par une vaste ulcération à bords irréguliers, à fond bourgeonnant, saignant au moindre mouvement.

Le pavillon est perforé à la partie centrale de l'ulcération qui occupe le fond de la conque. La perforation laisse passer le manche d'un porte-plume ordinaire. L'ulcération a gagné sur une petite étendue la peau située au devant du tragus et la portion cartilagineuse du conduit auditif qui est le siège d'un écoulement muco-purulent.

L'audition est mauvaise de ce côté ; la montre est entendue seulement au contact, mais la diminution de l'acuité auditive tient à un vieux catarrhe de la caisse et non pas au progrès de la néoplasie. Le malade n'éprouve aucune douleur, une sensation de gêne seulement et un léger endolorissement des muscles de la partie latérale du cou. Pas d'engorgement ganglionnaire. Etat général excellent. Je propose l'extirpation qui n'est pas acceptée.

OBSERVATION XIII

Epithélioma du pavillon de l'oreille. — Développement sur une cicatrice de lupus.

H. MORESTIN. *B. S. Anat.* 1901, p. 47.

Un homme de 35 ans, Jérôme F..., cocher de fiacre, m'a été adressé le 16 mai 1900 par M. Hallopeau, médecin de l'hôpital St-Louis. Je vois une tumeur ulcérée de l'oreille. M. Hallopeau lui avait donné longtemps ses soins pour un lupus du visage des plus étendus et des plus rebelles. Sans être absolument guéri, ce lupus ne présentait plus que de rares foyers en acti-

tivité. Le nez, les joues, la lèvre supérieure, la tempe et la paupière inférieure du côté gauche n'étaient qu'une vaste cicatrice blanchâtre et mince. L'oreille gauche avait été autrefois envahie, elle aussi, par le lupus qui avait même couvert les parties avoisinantes en arrière et au-dessous principalement. Le pavillon de l'oreille était complètement cicatriciel, il n'y restait plus un millimètre de peau normale, il était plus petit que l'autre côté, sec, pâle et comme ratatiné, n'ayant pas perdu cependant sa configuration générale habituelle. C'est sur ce terrain longuement modifié par une maladie antérieure qu'a pris naissance la tumeur dont le malade est aujourd'hui porteur et qui est bien certainement de nature maligne.

Elle occupe la conque du pavillon qu'elle remplit et dont elle émerge, formant une saillie mousse, étalée, humide, suintante. Cette masse du volume d'une noisette, est molle, irrégulière, végétante, saigne au moindre contact un peu rude. On ne peut en apprécier exactement l'étendue.

L'état général est excellent, les ganglions du cou, le ganglion préauriculaire, ceux de la région mastoïdienne ne semblent pas altérés ; la tumeur est complètement indolente ; l'ouïe seulement est altérée par obturation mécanique du conduit auditif externe. Cet homme étant entré dans le service de M. Richelot, à l'isolement n° 6, je l'opérai le 18 mai. Il n'avait point voulu consentir au sacrifice même partiel de son oreille, et je dus me contenter d'une opération parcimonieuse qui consista dans l'ablation de la tumeur et dans sa base d'implantation que je pus d'ailleurs partout dépasser. Le conduit auditif étant simplement masqué mais non envahi, les lésions s'étendaient facilement en épaisseur et en extirpant le cartilage de la conque dans l'étendue correspondant à la base d'implantation, il semblait que le bistouri passait au delà de leurs limites.

La plaie n'était pas plus grande qu'une pièce de un franc,

Elle se réunit secondairement avec une rapidité telle et dans des conditions si satisfaisantes qu'il n'y eut pas lieu de pratiquer une petite opération à laquelle nous avions éventuellement songé.

Je n'avais naturellement aucune illusion sur les suites de cette intervention, et ce fut sans surprise que dans le courant du mois d'août, je vis revenir F avec une récive. Elle était encore tout au début. Je tâchai de lui faire comprendre la nécessité impérieuse de se soumettre à une nouvelle opération plus radicale. Mais cet homme ne souffrait en aucune façon ; une oreille coupée lui semblait une opération humiliante et ridicule, puis c'était le temps de l'Exposition, et cocher de fiacre avant tout, il ne pouvait se résigner à vivre à l'hôpital alors que le métier était devenu facile et lucratif. Je dus renoncer à le convaincre : Quand le malheureux revint à St-Louis, à l'isolement n° 11, le 26 novembre, il était dans un état lamentable. La tumeur elle même n'était pas beaucoup plus grosse qu'une noix, mais les ganglions cervicaux étaient engorgés dans la partie supérieure de la région sterno mastoïdienne et ces ganglions avaient déjà perdu de leur mobilité. Je refusai d'abord d'y toucher, puis pour consoler un peu le pauvre diable qui se voyait perdu, je consentis à tenter quelque chose. Le 15 octobre je fis l'ablation du pavillon de l'oreille, et le gros paquet ganglionnaire fut mis à nu ; il adhérait tellement que j'enlevai seulement sa partie superficielle, et refermai rapidement la plaie, bien convaincu qu'il n'y avait aucun intérêt à prolonger ces manœuvres.

De fait, les choses continuaient d'aller de mal en pis, la tumeur cervicale augmenta très vite, prit des proportions considérables.

Il se produisit en outre une repullulation locale au niveau du conduit auditif et le pauvre homme succomba le 15 décembre.

Il n'y avait au moment de la mort aucun signe extérieur de généralisation.

L'autopsie ne put-être faite ; la pièce recueillie au cours de l'opération a été examinée par Millian ; il s'agissait bien d'un épithélioma pavimenteux lobulé.

OBSERVATION XIV

Revue de laryngologie, 92, vol. XII.

3 opérations d'épithéliom~~me~~ du pavillon de l'oreille, suivies d'autoplastie
par GUERMONPREZ et COCHERIL.

3 observations dont une du Dr DELPORTE, membre correspondant
de la Société, à Estaires (Nord).

Un valet de ferme, âgé de 43 ans, s'aperçoit qu'il porte au milieu de l'hélix du pavillon de l'oreille droite un petit noyau superficiel dur qui avait passé inaperçu jusque là ; le noyau est toujours indolore, parfois prurigineux ; il s'exfolie de temps en temps comme le fait un papillome. Longtemps, le malade n'y attacha aucune importance. Vers la fin de 1891, il semble que la tumeur subit un minime accroissement qui attire l'attention du malade et l'amène à demander conseil à M. Delangle (de Steenwercke). A partir de ce moment, des cautérisations sont répétées assidument et successivement au moyen du chlorure de zinc, de l'acide azotique, du thermocautère. Plusieurs fois, la guérison paraît obtenue, mais au bout d'un temps variable, la récurrence se manifeste. Enfin le malade fatigué abandonne la tumeur à elle-même.

Au commencement de 1892, la tumeur se développe de plus en plus. Elle cesse d'avoir les dimensions d'une verrue de quelques millimètres, elle s'étend en largeur, devient de plus en plus saillante et tend à devenir globuleuse.

Lorsqu'elle atteint le volume d'une grosse amande, le malade se décide à venir prendre les conseils de M. Delange qui, cette fois propose de ne plus s'en tenir aux cautérisations et de recourir sans plus tarder à l'ablation de la tumeur ; l'opération est immédiatement acceptée.

A ce moment, la tumeur occupe une grande partie de la moitié de la face antéro-externe du pavillon et la partie interne du bord postérieur de l'hélix ; elle est régulièrement ovoïde, à grand axe vertical. Sa surface offre quelques légères aspérités dues à une desquamation des parties épidermiques.

Elle est nettement limitée, même un peu étranglée à sa base ; son grand axe mesure 25 millimètres ; son diamètre transversal 20 millimètres, sa surface d'implantation mesure de 2 à 5 millimètres ; elle fait une saillie de 6 à 8 millimètres. La surface en est régulière sans lobes, ni lobules, la couleur est grisâtre avec quelques marbrures ridées. Aucune ulcération n'est visible ; la surface est sensible au contact, à tel point que le malade ne peut reposer la nuit, s'il pose le côté droit de la tête sur l'oreiller.

Le reste de l'oreille est remarquablement sain. Au cou et à la nuque, on ne remarque aucune trace d'adénopathie secondaire ; le 13 juin, l'opération est pratiquée à la maison Saint-Camille, par M. Guérmonprez. Deux incisions sont faites aux ciseaux en partant du bord externe de la conque de l'oreille vers le centre ; ces deux incisions forment un V à sommet ouvert en arrière, circonscrivant un lambeau triangulaire englobant et même dépassant en haut et en bas de quelques millimètres la base d'implantation de la tumeur. La surface de section des

deux lambeaux est remarquablement saine ; les tissus semblent n'avoir subi aucune altération ; l'hémostase, malgré un abondant écoulement de sang, se fait d'elle-même au bout de quelques minutes.

Si l'on se borne à rapprocher les deux lambeaux la configuration du pavillon devient déplorable, puisque sa largeur l'emporte sur la hauteur, par ailleurs, l'hélix s'éloignerait tellement de l'apophyse mastoïde, que l'oreille se placerait dans un plan presque transversal. Pour éviter ces inconvénients, le chirurgien pratique une double incision sous-cutanée vers le milieu du fibro-cartilage.

Il commence par le lambeau supérieur et limite cette ablation à la portion située en avant et en dedans de l'anthélix. La portion enlevée a la forme d'un triangle à base inférieure mesurant 8 à 10 millimètres ; une excision symétrique est pratiquée pour le lambeau inférieur ; les sutures sont conduites de façon à éviter autant que possible les plis et les anfractuosités du pavillon ; la peau est suturée intérieurement pour les deux faces du pavillon ; le fibro-cartilage n'est pas intéressé dans ces sutures ; l'opération est accompagnée de soins antiseptiques les plus rigoureux, le pansement est des plus simples ; une petite bandelette de gaze aseptique est portée sur chaque face du pavillon et maintenue par une légère couche de collodion iodoformé, le malade repart le soir même de l'opération ; le 20, nous revoyons le malade ; la réunion est obtenue, le pavillon est notablement plus court que son congénère, l'anthélix recouvre un pli un peu profond qui exige des soins de propreté plus minutieux que pour une oreille intacte ; la terminaison de l'hélix se fait brusquement au niveau de la cicatrice au lieu de s'atténuer graduellement jusqu'au lobule. Mais il n'y a pas de véritable difformité.

OBSERVATION XV

M. Amédée G..., soixante ans et demi, de la Gorgue (Nord), est atteint d'épithélioma de la portion supéro-postérieure de l'oreille droite.

Vers 1881, ce malade fut atteint d'érysipèle ; une localisation laissa sur cette portion de l'oreille jusqu'alors indemne une induration un peu tenace qui finit par disparaître complètement.

Au commencement de 1889, une tumeur ayant toutes les apparences d'une verrue apparaît en cet endroit de l'oreille. M. le docteur Delporte y fit pendant l'été suivant 8 ou 10 applications d'acide nitrique mais sans aucun succès. Pendant l'été de l'année 1890, le malade applique sur la tumeur persistante une pommade jaune et fétide, ce traitement dure quelques semaines. Des croûtes se forment, du liquide s'accumule en-dessous, les croûtes tombent, mais la tumeur persiste. Le malade se soumet à de nouvelles applications de pommade camphrée, mais sans succès. Il paraît bien établi qu'après l'application de tous ces caustiques l'évolution est devenue plus rapide ; les hémorrhagies, la douleur ont toujours fait défaut.

M. le docteur Delporte a de nouveau proposé des caustiques. Il a aussi été question du thermocautère dont le malade refusait l'expérience. M. le docteur Planque (de Saint-Pol) a proposé l'excision au bistouri à l'exclusion de tout autre moyen. C'est suivant l'avis de M. le docteur Didier qui amène le malade à M. le docteur Guermouprez, M. le docteur Legrain,

médecin-major au 1^{er} bataillon d'artillerie de forteresse, se range aussi à cet avis.

Le bord du pavillon de l'oreille droite a perdu une partie de l'hélix à la jonction de la partie horizontale avec la partie verticale. La perte de substance s'étend sur une longueur de 20 à 22 millimètres et ne dépasse pas les limites de l'hélix ; sa surface est recouverte d'une croûte d'un brun noirâtre, d'épaisseur peu considérable. Les bords sont nets, sans rougeur ni tuméfaction dans les portions antérieure et postérieure, ils sont tuméfiés, rouges, indurés, un peu chauds et manifestement prurigineux sur une étendue de 4 à 6 millimètres à la limite la plus supérieure ; il est manifeste qu'une poussée de propagation se prépare dans cette direction. Des modifications analogues se trouvaient réunies, il y a deux mois, à la limite inférieure de la surface ulcérée ; c'est là que l'ulcère a le moins empiété sur les tissus sains. Sur la portion la plus marginale, on retrouve encore un vestige d'induration seul reste de la poussée de propagation actuellement presque terminée dans la portion centrale de la plaie.

Il n'y a pas de traces d'adénopathie secondaire, l'état général est intact.

Les antécédents de la famille se rapportent à la diathèse goutteuse. M. Guérmonprez pratique l'ablation à Sainte-Camille à bref délai et s'efforce de sauvegarder autant que possible la forme de l'organe.

Le procédé opératoire est identique en tous points à celui que nous avons décrit lors de notre première observation, c'est-à-dire ablation par une double incision en V des parties atteintes ; une portion triangulaire fibro-cartilagineuse est également enlevée de ces deux lambeaux ; mais de plus le chirurgien détache un lambeau de peau angulaire de la région mastoïdienne, le place entre les deux lèvres de la plaie et le suture

dans cette position : ceci a pour but d'assurer la position normale du pavillon de l'oreille et de l'appliquer plus exactement sur l'apophyse mastoïde. Pour prévenir la formation d'un hématome dans le lambeau inférieur en raison de sa position déclive, M. Guermonprez fait une légère ponction à 5 à 6 millimètres au dessous de la plaie, à l'aide du bistouri.

Les résultats de l'opération furent très satisfaisants : le malade, 15 mois après, ne présentant aucune trace de récidive.

OBSERVATION XVI

(Communiquée à la Société de Chirurgie de Paris).

Un garçon de 15 ans présente une tumeur ulcérée du pavillon de l'oreille gauche, le début remonte à trois ans environ ; c'était d'abord une sorte de petite tumeur saillante, brunâtre du volume d'un pois ; elle se trouvait alors un peu au-dessus du milieu de la portion qui s'étend de l'antitragus à l'orifice du conduit auditif externe. Considérée comme une verrue ou un molluscum, elle est à plusieurs reprises cautérisée par le nitrate d'argent, puis on y applique deux topiques d'une nature plus ou moins étrange ; cependant le tumeur grandit, s'élève, et devient plus épaisse tout en restant indolore. Au moment où je l'examine pour la première fois, elle présente une épaisseur de 8 à 10 millimètres et un diamètre de 15 à 18 millimètres dans tous les sens et remonte sur la partie verticale et postéro-interne de la joue ; elle envahit en outre la moitié externe de l'antitragus ; elle comprend la peau, la couche glandulo-graisseuse sous-cutanée et probablement aussi le périchondre ; sa

consistance est molle peut-être même liquide, sa couleur est grisâtre ; en certains points centraux elle est blanche, rouge à la périphérie, un peu sensible au contact, chaude, nettement inflammatoire. Partout ailleurs elle est d'un jaune rougeâtre plus ou moins foncé ; il n'y a d'ailleurs aucun retentissement ganglionnaire.

Après 4 semaines d'observations, des topiques émollients d'abord, astringents ensuite, le centre de la tumeur vient à s'ulcérer, et laisse couler une notable quantité de sérosité jaunâtre ; le malade demande l'ablation de la tumeur.

Avec l'aide de M. le docteur Derode, de Lille et de M. le docteur Delbecq, on procède à son ablation et à l'autoplastie consécutive, en le rejetant à deux reprises sur le cadavre. Une première incision circonscrit la tumeur en haut, en dedans et en bas, sans intéresser la limite supéro-externe qui est un peu au dessus et en dehors de l'origine de l'hélix ; l'incision étant faite à la périphérie, je cherche à détacher la face profonde, mais la friabilité du tissu cède au niveau du périchondre et une partie se détache ; l'incision destinée à limiter la tumeur est prolongée dans la courbe cartilagineuse. Il est dès lors facile de détacher toute la partie nécessaire du cartilage de l'antitragus et de séparer ainsi toute la partie retranchée qui ne tient plus que par son extrémité supéro-externe. A ce moment et pour permettre une autoplastie ultérieure, j'enlève une partie du tissu sain appartenant à l'hélix, vers son extrémité la plus inférieure. Après avoir replacé les parties dans leur situation primitive, j'enlace entre deux incisions parallèles, une partie large de 5 à 6 millimètres de l'hélix sain. La plaie ainsi obtenue est large en avant, et peu profonde en arrière ; aussi serait il impossible de pratiquer la suture sans provoquer des difformités. Je retranche immédiatement deux petits segments en forme de V, l'un en arrière aux dépens de l'anthélix, l'autre en avant ; 6 ou 7 points de suture

au crin de Florence suffisent pour rapprocher les lèvres de la plaie ; la réunion se fait par première intention. L'examen microscopique montre des cellules embryonnaires.

OBSERVATION XVII

(Traduit de l'Anglais).

Epithélioma du pavillon de l'oreille, par DEUCH, chirurgien à l'hôpital des yeux et oreilles de New-York.

M. R..., âgé de 63 ans, m'a consulté il y a environ 5 mois pour un écoulement de l'oreille gauche existant depuis six semaines environ. Pendant les dernières semaines, il y avait une douleur constante et progressive de l'oreille gauche, s'étendant graduellement, jusqu'à ce qu'elle eût atteint le côté gauche de la figure. La palpation du pavillon augmentait la douleur, spécialement quand une pression était exercée en face du tragus. La région préauriculaire a été le siège d'un engorgement ganglionnaire et à ce moment on lui fit un curetage. L'inspection a révélé la surface du conduit auditif externe presque complètement obstruée par une masse dure provenant de la base du tragus, sur sa surface interne et s'étendant presque jusqu'au bord inférieur. La surface de cette excroissance surélevée donnant issue à un liquide ichoreux, un petit spéculum put être introduit, et bien que le tympan ne put être qu'imparfaitement examiné, l'examen m'a convaincu qu'il n'existait aucune lésion importante de l'oreille moyenne. Le canal osseux était parfaitement sain. La palpation du sommet du tragus

révéla que le tissu était infiltré dans toute son épaisseur ; pas de ganglions. Il fut décidé de garder le malade en observation pendant quelques semaines, prétextant qu'un kyste avec suppuration de nature sébacée dans cette région et périchondritis secondaire, peuvent donner naissance à un tel état.

Au bout de deux semaines, la tumeur était notoirement plus étendue, et comprenait le pavillon jusqu'à la base du lobule, tandis que dans la région préauriculaire l'amas avait considérablement augmenté de volume ; de même l'ulcération superficielle s'était accrue rapidement. Le petit fragment fut détaché et le microscope révèle les caractères de l'épithélioma, attendu que l'état du malade devenait chaque jour plus précaire à cause des très vives douleurs qu'il ressentait, l'opération fut décidée bien que la possibilité de récidence fut pleinement expliquée.

Opération. — Les précautions antiseptiques usuelles furent prises quant à la préparation du champ d'opération et pendant son exécution. Une incision fut faite, partant de la limite supérieure du tragus et descendant dans les tissus de la joue, prenant soin quelle fût toujours en dehors des parties atteintes d'induration. La partie postérieure de l'incision fut rapidement tracée jusqu'à ce qu'elle atteignît le méat. On prit soin de ne pas ouvrir l'articulation temporo maxillaire. Après que cette incision horizontale fut terminée on en fit une seconde, s'étendant en bas, en arrière, du lobule. Le néoplasme fut de cette manière compris entre les incisions et fut intégralement enlevé par une soigneuse dissection. Une portion minime de la glande parotide restant dans la partie la plus basse de la plaie fut également curettée bien qu'elle pût ne pas être atteinte. On put ainsi constater que la section faite dans le méat cartilagineux n'intéresse que des tissus sains.

Comme l'état général du malade ne permettait pas une opération plastique de longue durée, la plaie ne pouvait être com-

plètement fermée : on put toutefois réunir les lèvres sur les $\frac{2}{3}$ de leur étendue. Ceci fait, l'angle postérieur de la plaie s'ouvrit largement ; pour combler ceci, l'extrémité du lobule du pavillon, fut enlevée et le lambeau ainsi formé fut incisé. Dans ce but, une incision cutanée, de dimensions considérables, fut faite qui combla complètement l'angle inférieur.

On disséqua le cartilage du méat en mobilisant le reste du lobule dans tous les sens, de manière à obtenir l'apposition de la partie ulcérée du pavillon, convenablement proportionnée. Les bords du canal cartilagineux furent protégés de la partie ulcérée en face du méat par une suture à la soie. Ceci ne put être fait que par l'extension des tissus, à tel point qu'il paraissait certain que la suture dût être coupée au bout de quelques heures ; mais dans l'espoir que pendant ce temps court elle pourrait réduire la possibilité d'une étroite cicatrisation du méat, il fut décidé de la laisser en position. Il restait à nu, une surface de $1\frac{1}{2}$ cent., au bas et en face du méat ; il fut décidé de guérir ceci par des bourgeons. La plaie fut soignée avec de l'iodoforme et de la gaze bichlorurée. La guérison eut lieu sans incidents, le mieux se fit sentir par endroits alors qu'il se présentait aussi par places de la suppuration. La partie ulcérée guérit parfaitement au moyen de bourgeons et le canal auditif conserva son calibre normal. Il n'y a pas de chances de réapparition, et la condition du malade est plus satisfaisante.

L'excroissance extirpée fut examinée par le docteur Weck, qui déclara être en présence d'un épithélioma. Un des caractères les plus intéressants de ce cas et la rapidité avec laquelle la tumeur s'est développée, exigeant une opération deux mois après son apparition. (*Arch. of. otology*, n° 2, vol. XVII).

Parmi les cas mentionnés dans le *Medical literature*, etc., etc., le cas de Green qui se développa en

huit mois semble dériver d'un eczéma chronique dans lequel le néoplasme apparaît d'abord comme une simple verrue sur le pavillon, se transformant en tumeur maligne, paraissant résulter de l'application d'irritants ou d'un traumatisme quelconque.

Le cas de Velpeau est d'un intérêt spécial, en ce que la tumeur existant sur le tragus exigea l'ablation deux mois après qu'on s'aperçut de son existence.

Nous nous bornerons à signaler deux cas d'épithélioma du lobule de l'oreille, rapportés par Kretschmann et Habermann dans les *Archives allemandes d'otologie*.

OBSERVATION XVIII (Personnelle et inédite).

Due à l'obligeance de M. le Dr MORESTIN.

M. V..., âgé de 67 ans, est atteint depuis 10 ans d'une tumeur qui s'est développée derrière le pavillon de l'oreille.

Cet homme, cultivateur, n'a jamais été malade ; à 51 ans il a eu un érysipèle de la face qui a duré 13 jours.

Un an après, il a remarqué dans le sillon auriculaire « un petit bouton qui s'est développé peu à peu ». Lisse au début ce bouton s'est ulcéré et le malade le comparait à la racine d'un poireau. Il consulte à ce moment un médecin qui applique des points de thermocautère.

Mais le « mal empire » et gagne de proche en proche le pavillon de l'oreille.

Il entre le 31 août à l'hôpital St-Louis.

Le pavillon est envahi en entier et forme une masse volumineuse. Les régions parotidienne, mastoïdienne et même carotidienne supérieure sont envahies.

M. Morestin opère le malade. Après l'ablation de la tumeur, il décolle les téguments sur une étendue de plusieurs centimètres, de façon à les mobiliser et les réunir en rapprochant les lèvres antérieure et postérieure de la plaie opératoire.

La cicatrisation est aujourd'hui parfaite.

Malgré l'absence du pavillon la fonction auditive est intégralement conservée.

N'ayant vu le malade qu'après son opération, nous n'avons pu décrire les caractères de cette tumeur.

CONCLUSIONS

1° Les tumeurs malignes du pavillon de l'oreille, ne sont pas aussi rares qu'on l'avait prétendu jusqu'à ce jour.

2° L'épithélioma est sans contredit la forme qui s'observe le plus communément.

3° La suppression du pavillon de l'oreille n'entraînant aucun trouble physiologique il ne faut pas hésiter à le sacrifier toutes les fois que la tumeur n'aura pas eu le temps de s'étendre trop en surface ou en profondeur.

Vu : le Président de la thèse,

BERGER

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Itard.* — Traité des maladies de l'oreille et de l'audition, 2^e édition. Paris, 1842.
- Kramer.* — Traité des maladies de l'oreille (traduction française par Ménière. Paris, 1848.
- Kramer.* — Diagnostic et traitement des maladies de l'oreille, 2^e édition. Berlin, 1849.
- Toynbee.* — Recherches physiologiques sur les maladies de l'oreille. Londres, 1850.
- Triquet.* — Maladies des oreilles. Paris, 1857.
- Duplay.* — Examen des travaux récents sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie de l'oreille, dans Archives générales de médecine, 1863. Vol. II, page 327-576.
- Velpeau.* — Gazette des hôpitaux, n^o 27, 1864.
- Demarquay.* — Gazette des hôpitaux, n^o 114, 1869.
- Bouisson.* — De l'amputation du pavillon de l'oreille. Montpellier médical, tome XXIII, juillet et août 1869.
- Sédillot.* — Compte-rendu de l'Académie des Sciences, 25 juillet 1869.
- Trötsch.* — Traité pratique des maladies de l'oreille (traduction de Kahn et Lévi), Paris 1870.
- Duplay.* — Pathologie externe, 1875.
- Bonnefont.* — Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille et des organes de l'audition, 8^e édition, 1875.
- Rondot.* — Sarcome du lobule de l'oreille. Gazette médicale de Paris, 1875.

Lafargue. — Des tumeurs malignes du pavillon de l'oreille.

Thèse de Paris, 1879.

Urbantschitscht. — Traité des maladies des oreilles, traduit.
franç., par Calmettes, 1881.

Treillet. — De l'épithélioma du pavillon de l'oreille. Thèse
de Paris, 1882.

Miot et Baratoux. — Traité théorique et pratique des mala-
dies des oreilles, 1884.

Politzer. — Traité des maladies des oreilles (traduct. franç.
par Joly), 1884.

Kip. — Epithélioma of the auricle. Soc., of. anat., 1885.

Orm Green. — Zeitch. für Ohen, 1885.

Hartmann. — Des maladies de l'oreille, traduction franç.,
par Potiquet, 1890.

Taylor. — Revue de laryngologie, 1891.

Guermanonprez et Cocheril. — Trois opérations d'épithé-
lioma du pavillon de l'oreille, suivies d'autoplastie.
Revue de laryngologie, vol., XII, 1892.

Chazaras. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes
de l'oreille. Revue de laryngologie, 1892,

Fereri. — De l'épithélioma du pavillon de l'oreille. Arch.
italiennes d'otologie, fascicule II, 1894.

Duplay-Reclus. — Traité de Chirurgie.

Marian. — Arch. für ohrenheicht, vol. XXII.

Deuch. — Epithélioma du pavillon. Arch., of. otology
vol. XXII.

Kretschmann. — Archiv. für Ohrenheicht, vol. XXIII

Habermann. — Archiv. für Ohrenheicht, vol. XXIII

Morastin. — Bulletin de la Société anatomique de Paris,
1901.

— Presse médicale, 21 octobre 1903.